

نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

|  |   |   |  |                 |                         |                     |                 |  |   |
|--|---|---|--|-----------------|-------------------------|---------------------|-----------------|--|---|
| <b>Dear Insured:</b><br><b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b> |   | عزيزي المؤمن له :<br>نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة |  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| Addition <input type="checkbox"/> (2) إضافة<br>New <input checked="" type="checkbox"/> جديد  | Type (1)  |   |  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| PolicyNo/CR :<br>Mobile No : 540095929<br>ID Number : 2345042184   | Entity Name : Al salam<br>Employee Name : ASLAM SID MOHAMMAD  | اسم المنشأة :<br>اسم الموظف :   |  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| Gender : 1<br>Nationality : 207  | Marital Status : Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/><br>أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>   | رقم الهوية :  |  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :  |   | يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة - نعم -  |  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| 1  | Any hospital admission during last 12 months?   | نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| 2  | Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.   | نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، المرطبان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب متعدد.   |                 |                         |                     |                 |  |   |
| 3  | Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. | نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضعف العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثة. |                 |                         |                     |                 |  |   |
| 4  | Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.   | نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.   |                 |                         |                     |                 |  |   |
| 5  | Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.   | نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| 6  | <b>Pregnant Females only:</b><br>Current single pregnancy<br>Current single pregnancy with previous CS delivery<br>Current multiple pregnancy<br>Expected delivery date   | نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input type="checkbox"/><br>لا <input type="checkbox"/>  | للأنثى الحامل فقط :<br>حمل حالي جنين واحد<br>حمل حالي مع قيصرية سابقة<br>حمل حالي متعدد الأجنة<br>تاريخ الولادة المتوقع  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| <b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>  |   |   |  |                 |                         |                     |                 |  |   |
| اسم مقدم الخدمة<br>Provider Name   | الحالة<br>case  | رقم الجوال<br>Mobile No.  | الطول<br>Height  | الوزن<br>Weight | رقم الهوية<br>ID Number | القرابة<br>Relation | الجنس<br>Gender | اسم الموظف / أفراد العائلة<br>Employees/Dependent Name | م |
|  |   | 540095929   | 0  | 0               | 2345042184              | EMPLOYEE            | 1               | ASLAM SID MOHAMMAD                                     | 1 |

|   |   |
|---|---|
| <b>Undertakings:</b><br>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).<br>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.<br>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.<br>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery. | <b>الإقرار والتفويض :</b><br>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.<br>2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.<br>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.<br>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة. |
|---|---|

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| Entity's stamp<br>ختم جهة العمل<br>١٠١٠٢٢٣٨٥٦ | Employee Signature (4)<br>توقيع الموظف | Date<br>التاريخ<br>٢٠٢١ / ٤ / ١٤ |
|---|--|----------------------------------|

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

|  |   |  |   |            |       |       |            |        |                 |
|--|---|--|---|------------|-------|-------|------------|--------|-----------------|
| <b>Dear Insured:</b><br><b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b> |   | <b>عزيزي المؤمن له :</b><br>نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة |   |            |       |       |            |        |                 |
| <b>Addition</b> <input type="checkbox"/> إضافة (2)<br><b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد  | <b>Type</b> (1)<br>اسم المنشأة : Al salam<br>اسم الموظف : FAKHARE ALAM SHEKH HASIM  |  |   |            |       |       |            |        |                 |
| <b>PolicyNo/CR :</b><br>Mobile No : 576409753  | <b>Entity Name :</b><br><b>Employee Name :</b> FAKHARE ALAM SHEKH HASIM   |  |   |            |       |       |            |        |                 |
| <b>ID Number</b> : 2314879038  | <b>الحالة الاجتماعية :</b> أعزب <input checked="" type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/>  |  |   |            |       |       |            |        |                 |
| <b>Gender :</b> 1<br><b>Nationality :</b> 321  | <b>Marital Status</b> : Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>   |  |   |            |       |       |            |        |                 |
| <b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>   |   |  |   |            |       |       |            |        |                 |
| 1  | Any hospital admission during last 12 months?   | <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟   |            |       |       |            |        |                 |
| 2  | Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.   | <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.   |            |       |       |            |        |                 |
| 3  | Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDD deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. | <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القلبي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية. |            |       |       |            |        |                 |
| 4  | Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.   | <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.  |            |       |       |            |        |                 |
| 5  | Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.   | <input checked="" type="checkbox"/>  | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.  |            |       |       |            |        |                 |
| 6  | <b>Pregnant Females only:</b><br>Current single pregnancy<br>Current single pregnancy with previous CS delivery<br>Current multiple pregnancy<br>Expected delivery date   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | للأنثى الحامل فقط:<br>حمل حالي جنين واحد<br>حمل حالي مع قيصرية سابقة<br>حمل حالي متعدد الأجنة<br>تاريخ الولادة المتوقع  |            |       |       |            |        |                 |
| <b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>  |   |  |   |            |       |       |            |        |                 |
| م  | اسم الموظف / أفراد العائلة  | الجنس  | القرابة   | رقم الهوية | الوزن | الطول | رقم الجوال | الحالة | اسم مقدم الخدمة |
| 1  | FAKHARE ALAM SHEKH HASIM  | 1  | EMPLOYEE  | 2314879038 | 0     | 0     | 576409753  | case   | Provider Name   |

|   |  |
|---|--|
| <b>Undertakings:</b><br>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).<br>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.<br>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.<br>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery. | <b>الإقرار والتفويض :</b><br>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن الشركة ( شركة عناية السعودية ) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر<br>2. أوافق على أحقية ( شركة عناية السعودية ) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد<br>3. أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه و عليه أوقع<br>4. عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة |
|---|--|

|  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| Entity's stamp<br>ختم جهة العمل<br>مؤسسة سلامة<br>١٠١٠٢٢٣٤٥٦ | Employee Signature (4)<br>توقيع الموظف<br>FAKHARE | Date<br>التاريخ<br>٢٠٢١ / ١ / ١٤ |
|--|---|----------------------------------|

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي.
- (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.
- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Dear Insured:</b><br><b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>  |  | عزيزي المؤمن له :<br>تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك و أفراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة |   |
| Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)<br>New <input checked="" type="checkbox"/> جديد   | Type (1)   |  |   |
| PolicyNo/CR :   | رقم الوثيقة/ السجل التجاري :   | Entity Name : Al salam   |   |
| Mobile No : 591126150   | رقم الجوال :   | Employee Name : SANA ULLAH FARZAND ALI   |   |
| ID Number   | 2289660504   | رقم الهوية   |   |
| Gender : 1  | Nationality : 304  | Marital Status   | Married <input type="checkbox"/> متزوج<br>Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب                               |
| <b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>  |  | Yes<br>No  | نعم<br>لا   |
| 1   | Any hospital admission during last 12 months?  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 2   | Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 3   | Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 4   | Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 5   | Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.  | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| 6   | <b>Pregnant Females only:</b><br>Current single pregnancy<br>Current single pregnancy with previous CS delivery<br>Current multiple pregnancy<br>Expected delivery date  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | لاأثنى الحامل فقط :<br>حمل حالي جنين واحد<br>حمل حالي مع قيصرية سابقة<br>حمل حالي متعدد الأجنة<br>تاريخ الولادة المتوقع |
| <b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>   |  |  |   |
| م   | اسم الموظف / أفراد العائلة   | الجنس  | العلاقة   |
| م   | اسم مقدم الخدمة  | الحالة   | اسم مقدم الخدمة   |
| 1   | SANA ULLAH FARZAND ALI   | 1  | EMPLOYEE  |
| 2289660504  | 0  | 0  | 591126150   |
| ID Number   | Height   | Weight   | Mobile No.  |
| Relation  | Gender   | Employees/Dependent Name   | Provider Name   |
| Case  | Case   | Case   | Case  |
| <b>Undertakings:</b><br>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).<br>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.<br>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.<br>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery. |  |  |   |
| <b>الإقرار والتفويض :</b><br>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر<br>2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد<br>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع<br>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة   |  |  |   |
| Entity's stamp  | Employee Signature   | Date   | التاريخ   |
| ختم جهة العمل   | SANA ULLAH   | 2021/11/14   | 2021/11/14  |
| (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضمن عليه (11) أشهر<br>(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية<br>(3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد<br>(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.  |  |  |   |



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Dear Insured:</b><br><b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>   |   | <b>عزيزي المؤمن له :</b><br>نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة |  |
| <b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة   | <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد | <b>Type</b> (1) نوع الطلب  |  |
| <b>PolicyNo/CR :</b> رقم الوثيقة/ السجل التجاري :  |   | <b>Entity Name :</b> Al salam اسم المنشأة :  |  |
| <b>Mobile No :</b> 580423536 رقم الجوال:   |   | <b>Employee Name :</b> MUHAMMAD SAEED ABDUL HAMEED اسم الموظف:   |  |
| <b>ID Number</b> 2246350389  |   | <b>رقم الهوية</b>  |  |
| <b>Gender :</b> 1  | <b>Nationality :</b> 304 الجنسية:                   | <b>Marital Status</b> <input type="checkbox"/> Married متزوج <input checked="" type="checkbox"/> Single أعزب الحالة الاجتماعية:  |  |
| <b>Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (yes) :</b>   |   | <b>لا</b><br>No  | <b>نعم</b><br>Yes  |
| 1 Any hospital admission during last 12 months?  |   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟   |
| 2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.  |   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.   |
| 3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. |   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القلوي، التليف الكيسي ،هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثى |
| 4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.  |   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: المياه البيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية   |
| 5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.  |   | <input checked="" type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي الديسك، الحرافع العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة   |
| 6 <b>Pregnant Females only:</b><br>Current single pregnancy<br>Current single pregnancy with previous CS delivery<br>Current multiple pregnancy<br>Expected delivery date  |   | <input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/><br><br><br><br><br><input type="checkbox"/>   | <b>لأنثى الحامل فقط :</b><br>حمل حالي جنين واحد<br>حمل حالي مع قيصرية سابقة<br>حمل حالي متعدد الأجنة<br>تاريخ الولادة المتوقع  |

| Employee and dependents details that need to be added (In case of a<br>Yes answer above, please declare the case in the table below ) |  |                 |                     |                         |                 |                 |                          |                |                                  |
|---|--|-----------------|---------------------|-------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|----------------|----------------------------------|
| م   | اسم الموظف / أفراد العائلة<br>Employees/Dependent Name | الجنس<br>Gender | القرابة<br>Relation | رقم الهوية<br>ID Number | الوزن<br>Weight | الطول<br>Height | رقم الجوال<br>Mobile No. | الحالة<br>case | اسم مقدم الخدمة<br>Provider Name |
| 1   | MUHAMMAD SAEED ABDUL HAMEED                            | 1               | EMPLOYEE            | 2246350389              | 0               | 0               | 580423536                |                |                                  |

**Undertakings:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

|  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| Entity's stamp<br>ختم جهة العمل<br>الأجهزة السلامة | Employee Signature<br>(4)<br>توقيع الموظف<br>S A E E D | Date<br>التاريخ<br>C.C. 14/1/15 |
|--|--|---------------------------------|

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

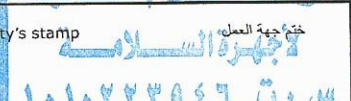
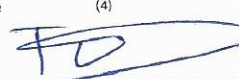
- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له ضمنى عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي المبرأة
- (3) في حال الحاجة لاصافة تابعين أكثر، يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



نموذج الإفصاح الطبي الموحد  
Unified Medical declaration form

|  |  |  |   |        |        |            |          |        |                            |
|--|--|--|---|--------|--------|------------|----------|--------|----------------------------|
| <b>Dear Insured:</b><br><b>Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b> |  | <b>عزيزي المؤمن له :</b><br>نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة |   |        |        |            |          |        |                            |
| <b>Addition</b> <input type="checkbox"/> (2) إضافة   | <b>New</b> <input checked="" type="checkbox"/> جديد  | <b>Type</b> (1)  |   |        |        |            |          |        |                            |
| <b>PolicyNo/CR :</b>   |  | <b>Entity Name :</b> Al salam  |   |        |        |            |          |        |                            |
| <b>Mobile No :</b> 502898850   |  | <b>Employee Name :</b> SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB  |   |        |        |            |          |        |                            |
| <b>ID Number</b> 2126614581  |  | <b>رقم الهوية</b>  |   |        |        |            |          |        |                            |
| <b>Gender :</b> 1  |  | <b>Marital Status</b> Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input checked="" type="checkbox"/> أعزب   |   |        |        |            |          |        |                            |
| <b>Nationality :</b> 304   |  | <b>الحالة الاجتماعية :</b>   |   |        |        |            |          |        |                            |
| <b>Please declare any of below cases by marking √ under the word (yes) :</b>   |  | <b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة - نعم -</b>  |   |        |        |            |          |        |                            |
| 1  | Any hospital admission during last 12 months?  | لا <input checked="" type="checkbox"/> No<br>نعم <input type="checkbox"/> Yes  | هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟   |        |        |            |          |        |                            |
| 2  | Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.  | لا <input checked="" type="checkbox"/> No<br>نعم <input type="checkbox"/> Yes  | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.  |        |        |            |          |        |                            |
| 3  | Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. | لا <input checked="" type="checkbox"/> No<br>نعم <input type="checkbox"/> Yes  | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية. |        |        |            |          |        |                            |
| 4  | Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.  | لا <input checked="" type="checkbox"/> No<br>نعم <input type="checkbox"/> Yes  | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.  |        |        |            |          |        |                            |
| 5  | Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.  | لا <input checked="" type="checkbox"/> No<br>نعم <input type="checkbox"/> Yes  | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي الديسك، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.  |        |        |            |          |        |                            |
| 6  | <b>Pregnant Females only:</b><br>Current single pregnancy<br>Current single pregnancy with previous CS delivery<br>Current multiple pregnancy<br>Expected delivery date  | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   | <b>للأنثى الحامل فقط :</b><br>حمل حالي جنين واحد<br>حمل حالي مع قيصرية سابقة<br>حمل حالي متعدد الأجنة<br>تاريخ الولادة المتوقع  |        |        |            |          |        |                            |
| <b>Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )</b>  |  |  |   |        |        |            |          |        |                            |
| م  | اسم مقدم الخدمة  | الحالة   | رقم الجوال  | الطول  | الوزن  | رقم الهوية | القرابة  | الجنس  | اسم الموظف / أفراد العائلة |
| 1  | Provider Name  | case   | Mobile No.  | Height | Weight | ID Number  | Relation | Gender | Employees/Dependent Name   |
|  |  |  | 502898850   | 0      | 0      | 2126614581 | EMPLOYEE | 1      | SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB |

|   |   |
|---|---|
| <b>Undertakings:</b><br>1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).<br>2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.<br>3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.<br>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery. | <b>الافعال والتعهدات :</b><br>1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أسس هذه البيانات وأن الشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.<br>2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.<br>3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.<br>4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة. |
|---|---|

|   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| Entity's stamp<br> | Employee Signature (4)<br> | Date<br>التاريخ<br>٢٠١٩ / ١٧ / ١٤ |
|---|---|-----------------------------------|

- (1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند انضمامهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
- (3) في حال الحاجة لأمثلة إضافية تأييد أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
- (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له